AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 – 91100TRAPANI
tel.(0923) 805111 - FAX (0923)873745
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

ALLEGATO 1

MODULO DI ADESIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PER COPERTURA *DEI TURNI C/O I PP.OO. AZIENDALI – DISCIPLINA MEU ED EQUIPOLLENTI*

Al Direttore del Dipartimento Emergenza ed Urgenza
ASP Trapani
e, p.c. Alla Direzione Sanitaria Aziendale ASP Trapani

La/il Sottoscritta/o_____matricola _____email_____telefono_____

dipendente a tempo pieno [ ] determinato [ ] indeterminato con la qualifica di dirigente medico di _____presso il Servizio/U.O. _____

del Presidio_____

del Distretto _____

CHIEDE

di poter aderire alla formazione dell'elenco per l'effettuazione delle prestazioni aggiuntive finalizzate alla copertura dei turni presso le Unità Operative di pronto Soccorso dei PP.OO. aziendali. A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso dei requisiti previsti dall'avviso e dalla vigente normativa.

Distinti saluti.

Luogo, Data

Firma

_____